

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА ОТНОШЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лысенко О.В., Занько С.Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

В нашем исследовании мы использовали тест отношений беременной [И.В. Добряков, 1996], согласно которому женщин можно разделить на пять групп в зависимости от типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимального, гипогестогнозического, эйфорического, тревожного и депрессивного. Тест содержит три блока утверждений, отражающих: А. Отношение женщины к себе беременной; Б. Отношение женщины к формирующейся системе "мать – дитя"; В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом блоке есть три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Мы определили тип ПКГД у 80 женщин с неосложненным течением беременности (контрольная группа) и у 80 женщин, беременность которых осложнилась гестозом (основная группа) различной степени тяжести.

Нами установлено, что у 68 (85%) женщин контрольной группы был выявлен оптимальный тип ПКГД, у 12 (15%) женщин этой группы – тревожный.

При наличии гестоза тревожный тип ПКГД был выявлен у 51 женщины (63,75%), гипогестогнозический – у 13 (16,25%) человек, депрессивный – у 1 (1,25%) беременной. И лишь в 18,75% случаев (15 человек) в основной группе был отмечен оптимальный тип ПКГД.

Данные о распределении типов ПКГД в зависимости от степени тяжести гестоза приведены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение типов ПКГД в основной группе в зависимости от степени тяжести гестоза

Тип ПКГД	Основная группа (человек) n=80		
	гестоз легк. ст., абс. число (%) n=57	гестоз ср. ст., абс. число (%) n=19	гестоз тяж. ст., абс. число (%) n=4
ОПКГД	10 (17,54%)	5 (26,31%)	–
ГПКГД	7 (12,28%)	5 (26,31%)	1 (25%)
ТПКГД	40 (70,18%)	9 (47,37%)	2 (50%)
ДПКГД	–	–	1 (25%)
Всего	57 (100%)	19 (100%)	4 (100%)

Как видно из данных, представленных в табл.1, при гестозе тяжелой степени, диагностированном у 4 беременных основной группы, оптимальный тип ПКГД не встречался, у 2 (50%) женщин был выявлен тревожный тип ПКГД, у 1 (25%) – гипогестогнозический, у 1 (25%) – депрессивный тип ПКГД. При гестозе средней степени тяжести (19 человек из основной группы) преобладали женщины с тревожным типом ПКГД (47,37% – 9 женщин). В 26,31% случаев (5 человек) встречался гипогестогнозический тип ПКГД и в 26,31% случаев (5 человек) был выявлен оптимальный тип ПКГД. При гестозе легкой степени (57 человек из основной группы) также преобладали женщины с тревожным типом ПКГД (70,18% – 40 человек). В 12,28% случаев (7 женщин) был выявлен гипогестогнозический тип ПКГД и в 17,54% (10 человек) – оптимальный.

Мы провели углубленный анализ типов ПКГД у женщин контрольной группы. Нами установлено, что даже при преимущественно оптимальном типе ПКГД (7-9 баллов по шкале "О"), отмечались отношения, свойственные эйфорическому типу ПКГД (1-2 балла по шкале "Э": эйфорическое отношение к своей беременности и будущему ребенку) и тревожному типу ПКГД (1-2 балла по шкале "Т": в области предстоящих обязанностей матери и предстоящих родов). Это было, на наш взгляд, обусловлено тем, что этим женщинам предстояли первые роды.

При беременности, осложненной гестозом, при преимущественно тревожном типе ПКГД (7-9 баллов по шкале "Т") и преимущественно гипогестогнозическом типе ПКГД (7-9 баллов по шкале "Г")

отмечались отношения, относящиеся к оптимальному типу ПКГД (1-2 балла по шкале "О"). Как правило, они находились в области блока В.

Таким образом, наличие тревожного, гипогестогнозического или депрессивного типа ПКГД у беременных может указывать на риск развития такого осложнения беременности, как гестоз. Пациентки этой группы нуждаются в ранней помощи психолога для формирования здоровых механизмов саморегуляции, снижения личностной и ситуативной тревожности, что будет способствовать наиболее эффективной адаптации к ситуациям, связанным с беременностью и родами.

После определения типа ПКГД беременные основной группы (76 человек) были разделены на 2 подгруппы для проведения последующей психологической коррекции (табл. 2). Беременные обеих подгрупп получали традиционную базисную терапию, назначаемую при осложнении беременности гестозом. В подгруппы не были включены беременные с гестозом тяжелой степени, т.к. психокоррекция с ними не проводилась из-за тяжести состояния и отсутствия времени ввиду необходимости экстренного родоразрешения.

Таблица 2

Разделение женщин основной группы в зависимости от степени тяжести гестоза и типа ПКГД

Степень тяжести гестоза	Основная группа, абс. число (%)					
	1 подгруппа n=38			2 подгруппа n=38		
	ОПКГД	ГПКГД	ТПКГД	ОПКГД	ГПКГД	ТПКГД
Легкая (7 баллов и <)	5 (13,2%)	4 (10,5%)	20 (52,6%)	5 (13,2%)	3 (7,9%)	20 (52,6%)
Средняя (8-11 баллов)	3 (7,9%)	2 (5,3%)	4 (10,5%)	2 (5,3%)	3 (7,9%)	5 (13,2%)

Как видно из приведенных нами данных, подгруппы сопоставимы по распределению типов ПКГД и тяжести гестоза.

С беременными 1 подгруппы (38 человек) психологическая коррекция не проводилась. С женщинами 2 подгруппы (38 человек) была проведена индивидуальная ознакомительная психопрофилактическая беседа. Затем с женщинами этой подгруппы, у которых были диагностированы не только тревожный (25 человек) и гипогестогнозический (6 человек), но и преимущественно оптимальный (7 человек) типы ПКГД, проведена индивидуальная психопрофилактическая работа с элементами психокоррекции по арт-

терапевтической программе "Глория" согласно тем отношениям (по преобладанию выбранных утверждений), которые нуждались в коррекции. Т.к. даже при преимущественно оптимальном типе ПКГД (7-9 баллов по шкале "О") у этих женщин встречались утверждения, относящиеся к тревожному типу ПКГД и гипогестогнозическому типу ПКГД.

Психопрофилактическая беседа была основана на теории С. Грофа о перинатальных матрицах для лучшего понимания беременной женщиной состояния плода во время беременности и родов. В беседе с женщинами мы также использовали разбор наиболее сложных случаев, состояний, переживаний в семье. К ним относятся случаи непреодолимого страха перед родами у беременной женщины, вдруг появившейся гипертрофированной обидчивости на мужа, свекровь, родителей. В процессе беседы мы выявили, что 65% женщин второй подгруппы считали, что у их мам и бабушек беременность и роды протекали "тяжело". Целью психопрофилактической беседы являлась не только стабилизация эмоционального состояния беременной, но и "позитивное планирование родов" самой женщиной, т.к. при гипогестогнозическом типе ПКГД, тревожном ПКГД и преимущественно оптимальном типе ПКГД в подавляющем большинстве одной из областей переживаний женщины была область предстоящих родов.

Структура использованных нами элементов программы "Глория" предполагает: гармонизацию эмоциональной сферы женщины; приобретение навыков творческого общения с ребенком через звук, пение, рисунок; проведение психологических тренингов для решения проблем внутри семьи с мужем, родителями, родственниками; построение позитивного плана родов с помощью включения резервов ассоциативного мышления; формирования чувства материнства. Для формирования в будущем взаимопонимания между матерью и ребенком рекомендуется диалог с ребенком через абстрактные мыслеформы, конкретные звуки-символы, рисунки-символы, имеющие позитивный контекст.

В двух случаях был использован тренинг по центрированному рисунку, в основе которого лежит техника, способствующая концентрации волевых и творческих ресурсов человека и программированию позитивного развития психики и эмоционального мира женщины и ребенка через восприятие цвета.

У женщин I подгруппы, с которыми не проводилась психопрофилактическая беседа с элементами психокоррекции, отмечено усугубление тяжести гестоза (в балльной градации) в 44,7%

(17 человек) случаев. У беременных 2 подгруппы нами не отмечено усугубление тяжести гестоза, а в 15,8% случаев (6 женщин) состояние пациенток улучшилось (в балльной градации). Пребывание на койке сократилось на $4,6 \pm 0,1$ дня в сравнении с первой подгруппой.

Таким образом, тест отношений беременной позволяет выявить нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития, связывать их с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи. Простота использования теста дает возможность внедрения его в практику работы женской консультации, применения акушерами-гинекологами.